FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913-14

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Valeur Séméiologique DES STÉRÉOTYPIES

PAR

M. LAMBERT

Président : M. GILBERT-BALLET, *Professeur*

PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Valeur séméiologique des Stéréotypies

Ce travail n'a d'autre prétention que d'être une revue bibliographique des appréciations émises par divers auteurs sur la valeur séméiologique des stéréotypies. La question, fort controversée, valait qu'on la résumât et que l'on fît le bilan exact des faits acquis et de ceux encore obscurs. Nous avons pensé que c'était faire œuvre utile que de préciser la valeur d'un symptôme aussi fréquemment observé que la stéréotypie ; peut-être beaucoup de travaux de ce genre, rapprochés les uns des autres, formeraient-ils une sorte d'inventaire précis de nos connaissances psychiâtriques. Et cela n'éviterait-il pas souvent des querelles de mots ?

Nous commencerons par rapprocher les unes des autres les différentes définitions de la stéréotypie : et déjà s'affirmeront les divergences de doctrine qui

justifient ce travail. Nous consacrerons ensuite un court chapitre à un aperçu clinique et au diagnostic différentiel de symptôme. Puis nous nous étendrons sur les interprétations pathogéniques données par les différents auteurs, et, découlant de celles-là, nous préciserons la valeur diagnostique et pronostique du symptôme.

I. — DÉFINITION DE LA STÉREOTYPIE. — Si la stéréotypie, en tant que phénomène pathologique fut décrit ou cité dans les leçons de Guislain, les traités d'Esquirol, de Tardieu, de Morel, de Griesinger, le terme lui-même qui, d'après Kraepelin, fut employé pour la première fois par Kahlbaum, ne commença d'être utilisé en France que dans le traité de Dagonet, en 1894. Mais, même noté et dénommé, le symptôme fut long à définir, et sa signification resta confuse.

Brugia et Marzocchi, qui les appellent « mouvements systématisés », en donnent les premiers une définition fort obscure dont une pathogénie de haute voltige fait tous les frais. Les stéréotypies sont pour eux « des mouvements circonscrits, souvent rythmiques et coordonnés, qui s'accomplissent sans le concours de la volonté, mais qui peuvent pourtant, à un certain degré, être sous la détermination de la volonté, qui ne correspondent à aucun but extérieur, quoiqu'ils aient l'apparence de mouvements intentionnels, et qui servent à suppléer à l'absence de toute activité proprement volitive, en

servant de décharge aux états d'excitation de l'organe cérébral. »

Ricci, au contraire de ses deux compatriotes, s'en tient à des termes si vagues qu'ils pourraient désigner, en même temps que les stéréotypies, des phénomènes voisins sans doute, mais que l'on en doit diagnostiquer, comme nous le verrons par la suite. Les stéréotypies sont pour lui « des mouvements automatiques, de longue durée, qui consistent à répéter les mêmes actes musculaires longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, mouvements qui produits par des motifs obscurs ou peu clairs se prolongent ensuite au delà d'un besoin quelconque. »

A première vue, le terme stéréotypie semble répondre à une catégorie fort précise de faits psychiques : son origine même dans le vocabulaire professionnel des imprimeurs évoque l'idée de tirages successifs d'un même cliché, — d'où dans le domaine mental, clichage du même geste, du même mot ou de la même attitude. Mais quels faits méritent ce nom ? Certains auteurs entendent par là une sorte de phénomène résiduel survivant à un acte autrefois conscient ; et Kraepelin, au contraire, semble ne viser que les actes musculaires des catatoniques, lorsqu'il définit l'activité stéréotypée « la durée anormale des impressions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles, ou de la répétition d'un même mouvement. »

Or il convient d'adopter une définition assez large pour englober n'importe quelle sorte de manifestations stéréotypées. Celle-ci, proposée par Dromard, est satisfaisante, car elle se borne à décrire psychologiquement le phénomène : « *La stéréotypie est une représentation motrice privée de toute adaptation, représentation qui tend à se fixer indéfiniment et à s'extérioriser fatalement.* » C'est là une définition de fait, dans laquelle sont réunis les traits essentiels du phénomène, le trépied caractéristique : *absence de finalité du geste, — fixité d'expression, — reproduction facile.*

Mais une définition purement objective peut être parfois insuffisante. Caractérisé par ces seuls traits fort secs, le symptôme risquerait de trancher peu nettement sur ses proches voisins. La nécessité s'impose donc d'en appeler à la pathogénie pour trouver une formule qui définisse le symptôme intrinsèquement. Mais voici que la difficulté s'aggrave : si l'on entreprend de préciser la pathogénie du symptôme, on se trouve en présence de faits très différents, et les aliénistes ne sont plus d'accord sur les limites de la stéréotypie. Deux définitions résument l'opinion des deux écoles principales.

Pour Dromard, la stéréotypie est « un acte primitivement intentionnel et privé secondairement de son adaptation, acte qui s'extériorise sans intervention de la conscience ni de la volonté, ne s'accompagne d'aucune modification émotionnelle et ne peut être empêché par aucun effort d'attention. »

Cette définition élimine comme étant des « pseudo-stéréotypies », toutes les manifestations motrices répondant à un contenu idéo-affectif actuel, quel que soit leur degré de fixité. »

Voilà donc un cadre très limité de la stéréotypie, et le symptôme gagne en précision ce qu'il perd en étendue. Mais c'est précisément ce reproche d'étroitesse que lui font Séglas et Cahen, pour qui « les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui n'ayant rien de convulsif, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui au début sont conscients, volontaires, et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition. »

Ainsi à une époque de leur évolution où Dromard refuse au symptôme le nom de stéréotypie, Cahen leur reconnaît droit de cité ; sans doute ces stéréotypies qui ont un contenu idéo-affectif actuel vont, à ses yeux, évoluer vers une forme qui sera dépourvue de ce contenu. Mais il faut noter que c'est à ce moment là seul que Dromard les accueille dans le domaine des stéréotypies. Et ce n'est pas la seule différence ; il ne s'agit pas, en effet, nécessairement d'un symptôme passant d'abord par une phase de conscience, puis par une phase d'automatisme pur. Il est nécessaire, pour don-

ner aux définitions de ces auteurs leur valeur réelle, de ne pas oublier que le seul examen de la stéréotypie est insuffisant pour apprécier le symptôme ; l'appréciation du fond mental sur lequel il évolue ne saurait en être séparée, car c'est cette intégrité relative chez le délirant, qui fait rejeter par Dromard comme étant des pseudo-stéréotypies toutes les manifestations que Cahen accueille au contraire comme étant le type même du symptôme.

Comme on le voit, la définition de Cahen admet parmi les stéréotypies les actes répétés qui sont, au début tout au moins, « conscients et volontaires » ; ainsi se trouvent réunies aux stéréotypies sur qui tout le monde tombe d'accord, les pseudo-stéréotypies de Dromard.

II. — APERÇU CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA STÉRÉOTYPIE. — Nous ne nous attarderons pas à décrire les formes multiples de la stéréotypie ; les définitions mêmes que nous en avons citées ne sont-elles pas déjà des descriptions sommaires ? Mais si un copieux tableau clinique n'entre pas dans le cadre de ce travail, il est néanmoins nécessaire d'adopter une classification ; nous verrons plus loin en effet que quelques auteurs n'accordent pas la même valeur diagnostique ni pronostique à toutes les manifestations du symptôme. Donc classification nécessaire, et ce sera notre premier point. Nous rappellerons ensuite l'évolution clinique du symptôme. Puis il nous fau-

dra dire quelques mots du diagnostic différentiel des stéréotypies et de leur parenté avec quelques phénomènes tels que l'automatisme des gens normaux et les tics.

1° Les différentes sortes de stéréotypies. — Tout d'abord, quelle base de classification faut-il adopter ? Une base pathogénipie ? Ceci serait dangereux et risquerait fort de ne satisfaire personne d'autre que son auteur. De fait, voici Brugia et Marzocchi qui l'ont tenté en admettant que les stéréotypies résultent d'excitations d'origine interne portant sur les centres nerveux ; leur classification aboutit à des distinctions imprécises entre les stéréotypies par irritation locale des centres corticaux du mouvement, — et celles dues à une excitation qui va directement des cellules des ganglions sensoriels de la base et du bulbe vers les centres moteurs, — et d'autres encore. Tenons-nous en à une classification des stéréotypies d'après leurs manifestations extérieures, et reproduisons le tableau de Cahen, qui est le plus complet. Les stéréotypies y sont ainsi rangées.

A. Attitudes

(*Stéréotypies akinétiques*)

1° Dans le décubitus.
2° Dans la station debout.
3° Dans la station assise.

B. Mouvements stéréotypés
(*Stéréotypies parakinétiques*)

1° D'une partie déterminée du corps.
2° De tout le corps.
3° Dans la marche.
4° Dans le langage parlé.
5° Dans le langage écrit : écriture, dessin.
6° Dans la mimique, les gestes.

A. Stéréotypies akinétiques. — Il est fréquent de voir ces stéréotypies associées à d'autres variables, parakinétiques celles-là ; en effet, un malade peut fort bien exécuter un mouvement dans une attitude toujours la même. Nous avons vu ainsi un malade qui, étant couché, ramenait les genoux vers le menton, et dans cette attitude faisait mouvoir son tronc par une sorte de va-et-vient continuel. Mais il existe de véritables stéréotypies akinétiques, seules existantes.

1° *Stéréotypies dans le décubitus.* — Elles sont très fréquentes chez les catatoniques. Un malade, se tenant constamment couché sur le dos, tendra le cou au-dessus du plan du matelas et gardera indéfiniment cette attitude forcée. Quelques-uns justifient leur séjour continuel au lit par une idée délirante quelconque : danger qu'ils courraient en se levant, ou bien négativisme : « Je n'ai pas de jambes, » dit un malade.

2° *Stéréotypies dans la station debout.* — Un malade, habillé le matin par les infirmiers, puis ayant fait les gestes nécessaires pour prendre quelques aliments, restera indéfiniment dans la salle, debout, adossé au mur, les bras légèrement écartés du corps, avec une expression d'hébétude souriante constamment figée sur la face. C'est surtout chez ces malades que l'on observe la cyanose des extrémités avec œdèmes : sans doute un trouble des centres nerveux domine la pathogénie de ce symptôme, mais la station debout contribue mécaniquement à l'aggraver. Parfois on retrouve dans le passé du malade la raison de telle attitude qu'il prend ; c'est ainsi que Cahen note chez un ancien gymnaste une position familière à ces professionnels : la tête haute, le poing droit fermé sur la hanche, la jambe droite croisée devant la gauche, le pied droit relevé verticalement.

3° *Stéréotypie dans la station assise.* — Il est des malades qui, dans la station assise affectent une attitude quasi simiesque, s'accroupissant les genoux au menton ; un malade de Binder, assis par terre toute la journée, balance continuellement son tronc, passe son temps à boutonner et à déboutonner ses vêtements.

B. Stéréotypies parakinétiques. — Le nombre des stéréotypies parakinétiques peut être infini, car infini est le nombre des manifestations de l'activité,

soit que le corps tout entier, soit qu'une partie seule du corps entre en jeu.

1° *Mouvements stéréotypés d'une partie déterminée du corps.* — Telle stéréotypie n'affecte que les deux bras, ou même un seul. Voici par exemple une malade qui porte sans cesse à sa nuque tantôt une main tantôt l'autre. Interrogée, elle n'explique pas la raison de son geste, mais lorsque l'on maintient ses deux mains à la fois, elle manifeste un grand effroi d'être dévorée à la nuque par des monstres rongeurs. Un malade de Séglas, ancien estampeur, répète continuellement son geste professionnel. Même à une période démentielle qui ne lui permet plus de justifier son geste, il le continue, ou du moins il le continue d'une façon rudimentaire, car il se borne à agiter un ou deux doigts. D'ailleurs tout contenu idéo-affectif a disparu de sa stéréotypie, puisque, interrogé, il répond « qu'il travaille pour faire marcher la terre par les aiguilles. »

2° *Mouvements stéréotypés de tout le corps.* — Tel malade présentera une agitation stéréotypée de tout le corps qui rappellera son activité professionnelle d'autrefois. Ainsi le gymnaste de Cahen se prépare constamment au travail en mettant sa veste dans son pantalon, le bas de son pantalon dans ses souliers, puis en serrant ses poignets avec des tresses. Ceci fait il saute dans les escaliers, grimpe aux

arbres, fait des mouvements rythmiques des jambes et des bras.

3° *Stéréotypies dans la marche.* — Les malades qui présentent des stéréotypies de ce genre parcourent constamment à la même allure un même trajet bien déterminé. Les uns bornent leur route à une sorte de va-et-vient, tant de pas en avant et autant en arrière ; d'autres tournent en rond, d'autres courent. Parfois une idée délirante est fournie en explication lorsqu'on les interroge sur les raisons de leur stéréotypie : « C'est pour faire perdre ma piste », répond un malade. Mais le plus souvent tout motif a disparu. Et même a-t-il existé un motif ? N'est-ce pas souvent un geste fortuit qui, tombé soudain dans la conscience du malade, est reproduit indéfiniment ?

4° *Stéréotypie dans le langagé parlé.* — Les stéréotypies du langage parlé sont de nature très différente. Quelques malades ne parlent pas mais sifflent ou chantonnent sans trêve une même phrase musicale. Et même s'ils prononcent des paroles articulées, leur ton peut être fixé indéfiniment : l'un zézaie, l'autre prend une voix de tête, un troisième chantonne ses phrases soit sur un thème musical familier, soit simplement sur des modulations demi-chantonnantes telles qu'en ont les patois provinciaux. C'est souvent un mot qui revient sans cesse dans le langage de ces malades, mot familier ou

néologisme, qui est parfois en rapport avec un délire ancien ou même encore actif. Une malade de A. Marie commençait toutes ses phrases par « Araken-Doken-Zoken. » Parfois la formule stéréotypée n'est autre qu'une locution de politesse qui est répétée sans cesse, mais déformée : une malade répétera sans cesse un : « Messieurs, Mesdames », qui est sans doute le souvenir d'un souhait de bonjour. Et ne doit-on pas rapprocher des stéréotypies verbales l'expression toujours la même d'une idée fixe ou délirante, expression qui, peu à peu, se vide de son contenu et devient une habitude dépourvue de toute émotivité ? On voit dans tous les services d'aliénés des malades qui, à l'heure de la visite, répètent dans des termes toujours identiques une même demande de sortie ; ils le font sans émotion, ils accueillent sans joie la réponse toujours favorable qu'on leur fait, ils oublient d'un jour à l'autre qu'on leur fit la même la veille, et ils expliquent du même ton sans couleur les raisons qui les obligent à sortir. C'est peut-être moins là une stéréotypie des actes que de l'idéation, mais ces deux phénomènes sont-ils si distants l'un de l'autre ?

5° *Stéréotypie dans la mimique et les gestes.* — Elles sont d'une variété infinie, aussi variées que les délires qui peuvent les faire naître. Tel malade collectionnera les objets les plus disparates ; tel autre s'affublera toujours de la même manière ; un malade craignant l'action de « l'électricité mentholée »

se garantit la tête avec du papier, isole son lit du plancher par des morceaux de carton et cela avec une persistance qui en fait une stéréotypie véritable.

6° *Stéréotypie dans le langage écrit.* — Elle fut bien étudiée par Antheaume et Mignot, et ils tirèrent d'un fait typique des conclusions sur lesquelles nous aurons à revenir.

La stéréotypie graphique peut se manifester de façons très différentes : tantôt une même lettre est répétée plusieurs fois dans un écrit, tantôt c'est un mot, tantôt une phrase. Le type le plus complet, et qui est assez rare, est bien réalisé dans le cas d'Antheaume et Mignot : il s'agit de malades qui, dans la même journée, ou bien à des dates régulières, reproduisent le même écrit en se servant de termes toujours identiques et toujours disposés, dans la page et dans la ligne, à la même place. N'y a-t-il pas là une sorte d'automatisme plus élevé que celui par lequel un geste banal du bras ou de la jambe est répété indéfiniment ?

2° Evolution clinique de la stéréotypie. — Durant le cours d'une affection mentale, les stéréotypies ne sont pas constamment identiques à elles-mêmes ; et il importe de ne pas oublier cela, car, de toute évidence, l'appréciation du fond mental et le pronostic seront très différents, selon que le symptôme aura ou non toute sa verdeur.

Soit, donc, une stéréotypie dûment constituée, de modalité quelconque akinétique ou parakinétique. Elle a figure d'acte complet ; les gestes ou les paroles s'enchaînent de telle manière que l'on pourrait leur prêter une signification. Va-t-elle persister indéfiniment dans cette forme ? Non, elle va évoluer, et Dromard note que « les stéréotypies secondaires, quelle que soit l'époque de leur apparition, tendent à se simplifier et à s'unifier de plus en plus. » Sans doute il fait de cette évolution un phénomène spécial aux seules stéréotypies qu'il qualifie de secondaires ; mais on peut dire, toute pathogénie mise à part, que c'est un fait constant dans toutes les stéréotypies qui se prolongent. Ainsi, il y a entre les diverses représentations motrices constituant la stéréotypie, une sorte de lutte pour la vie dans laquelle triomphent celles qui sont les plus fortes soit par leur ancienneté, soit par le retentissement profond qu'elles ont eu autrefois dans la conscience. Mais gardons-nous de voir dans cette condensation, une régression qui tendrait à la disparition du symptôme. Au contraire, dit Dromard, « l'activtié stéréotypée d'origine résiduelle ou démentielle se présente avec une pureté toujours croissante, à mesure que progresse la déchéance de l'individu », et elle révèle que le malade restreint de plus en plus le champ de ses expressions motrices.

Nous avons vu une malade qui, sous l'influence d'une idée d'auto-accusation ancienne s'astreint, croit-elle, à « sauter ses quatre escaliers les genoux

ployés. » En fait, arrivée à une période démentielle avancée, elle se borne à relever sa jupe sur ses genoux pour n'être pas gênée, et à se tenir debout constamment auprès d'un petit perron de quelques marches. Il y a là une réduction manifeste de sa stéréotypie.

3° Diagnostic différentiel de la stéréotypie. — Avant de situer le phénomène parmi les faits pathologiques analogues, il faut préciser à quel moment il cesse d'être normal. Dromard remarque avec juste raison que l'automatisme progressif constitue l'évolution normale de notre activité motrice, et que sur ce fait reposent toutes les méthodes d'éducation. « Mais, dit-il, entre l'automatisme de l'habitude normale et celui de l'habitude morbide il existe une différence fondamentale. Dans le premier cas en effet l'acte, pour être automatique, n'est pas intempestif ; il ne se produit qu'à l'occasion du but poursuivi. D'autre part, cet acte, pour s'effectuer sans participation de la conscience et de la volonté, n'en reste pas moins sous la domination virtuelle de ces facultés... Rien de semblable dans l'activité automatique. Nous sommes encore ici en présence d'un automatisme secondaire, mais le produit de cet automatisme a pour caractère de ne pas être adapté et de se répéter d'une façon continue, sans que le sujet puisse faire acte d'inhibition. »

Et la différence entre le fait normal et la stéréotypie pathologique n'est-elle pas encore plus insaisis-

sable, lorsqu'au lieu d'examiner l'adulte, on étudie l'enfant ? Nous ne pouvons entrer dans le détail d'une étude qui nous entraînerait trop loin, mais notons que la stéréotypie résume presque toute l'activité de l'enfant, soit qu'il reproduise tous les jours à la même heure les gestes de sa vie domestique, soit qu'il recommence indéfiniment le même jeu, soit qu'il recherche indéfiniment la même sensation déjà connue de lui et que provoque tel récit ou tel acte d'autrui.

Il existe des phénomènes qui sont comme à mi-route de la psychologie normale et de la pathologie, phénomènes que leur retour constant pourrait faire confondre avec les stéréotypies, Voici par exemple le *maniérisme* que Kraepelin rapproche de la stéréotypie, mais que l'on retrouve constamment chez des enfants et chez des gens que l'absence de toute autre tare force à considérer comme normaux. En pathologie, il s'agit d'une certaine façon de compliquer le geste simple ou d'alambiquer le langage, avec des recherches de mots et de ton. Tel malade, en portant à sa bouche sa cuiller à soupe, fera deux ou trois gestes inutiles, et parfois même arrêtera la cuiller à ses lèvres ; tel autre, en parlant, remuera les lèvres avec une expression d'afféterie sans aucun rapport avec ses paroles mêmes. Or, si les cas pathologiques de maniérisme tranchent par leur inadaptation soit au geste soit aux paroles qu'ils altèrent, nombreux par contre sont les cas de maniérisme chez les gens normaux qui reviennent sans plus

de justification, mais toutefois sans la même importance. Il semble qu'il y ait là une simple différence de degré entre le phénomène normal et le phénomène pathologique.

L'*idée obsédante* est déjà plus franchement pathologique, bien qu'elle puisse exister chez des gens entièrement normaux par ailleurs, et surtout chez les enfants. Quelle différence en effet y a-t-il, — sinon une différence de degré, — entre l'obsession d'un homme normal qui, dans la rue, s'astreint à suivre tel côté du trottoir, et l'obsession d'un malade, jugé sur d'autres symptômes, et qui ne peut rien voir à sa portée sans vouloir le toucher ? Mais cette idée obsédante, chez le malade comme chez l'autre, sera différenciée assez facilement de la stéréotypie. En effet, elle est toujours précédée d'un besoin qui, réfréné, se traduit par une véritable angoisse douloureuse, et qui, satisfait, s'accompagne d'un sentiment de satisfaction. L'obsession, par son contenu émotionnel est donc plus voisin du tic, que de la stéréotypie.

Parmi les faits nettement pathologiques, voici d'abord quelques diagnostics peu intéressants. A quoi distingue-t-on la stéréotypie des *mouvements athlétosiques* ? A ce trait, selon Cahen, qu'ils n'ont aucun caractère intentionnel, et que la volonté ne peut les arrêter. Quant aux *raptus impulsifs*, ils n'ont ni la fréquente répétition, ni la durée des stéréotypies.

Un seul phénomène, le *tic* pourrait prêter à con-

fusion avec la stéréotypie. C'est, comme elle, un geste constamment répété qui, dit CHARCOT, « reproduit en les exagérant cependant, certains actes automatiques, d'ordre physiologique, appliqués à un but fonctionnel. » CAHEN pose, un peu sommairement peut-être, les bases de ce diagnostic différentiel. Premier trait distinctif, — les tics peuvent, en règle générale, être amendés par un effort d'attention ou de volonté. Puis, — deuxième caractère, — ils sont toujours spasmodiques, tandis que « les stéréotypies sont des tics d'habitude qui ne sont ni spasmodiques, ni améliorables par la volonté. »

Il faut approfondir un peu les deux phénomènes afin de pouvoir établir un diagnostic dans les cas douteux ; et si nous insistons sur ce diagnostic, c'est qu'il est fort important, — car la valeur symptomatique d'un simple tic est toute différente de celle d'une stéréotypie.

Si l'on admet avec DROMARD que « la stéréotypie est un acte primitivement intentionnel et privé secondairement de son adaptation, acte qui s'extériorise sans intervention de la conscience ni de la volonté, ne s'accompagne d'aucune modification émotionnelle, et ne peut être empêché par aucun effort d'attention, » si l'on admet cette définition, le diagnostic se fait facilement :

1° Avec les *tics d'habitude* des gens normaux.

2° Avec les *tics proprement dits* attribués aux psychasténiques.

3° Avec les *tics des idiots.*

Il faut considérer le *tic d'habitude* des gens normaux, non pas comme un phénomène pathologique, mais comme une sorte de « résidu d'effort » portant sur un groupe de muscles à l'occasion d'un effort physique ou mental important. Il s'agit, par exemple, d'individus qui sont souvent d'un niveau intellectuel fort élevé et qui à l'occasion d'un effort d'attention, se livrent soudain à une véritable débauche de gestes spasmodiques, clignements des yeux, contractions des muscles de la face, mouvements de la tête. Plus leur effort intellectuel est grand, et plus leurs tics s'exaspèrent. « La tension motrice éveillée par l'effort déborde plus ou moins hors de son lit d'adaptation pour se propager en donnant lieu à des manifestations involontaires et inconscientes. »

Les tics des psychasténiques sont loin d'avoir l'automatisme de la stéréotypie et ils se rapprochent bien davantage de l'obsession. Ils sont précédés d'un véritable besoin, qui s'accompagne d'angoisse, et qui disparaît par l'accomplissement du geste habituel ; tous, en outre, ils sont soumis dans une certaine mesure au contrôle de la volonté qui peut en suspendre la production d'une façon passagère et parfois même définitive. Tel sera par exemple le cas d'un malade qui, peut-être dyspeptique à l'origine, aura pris l'habitude de ne rien avaler sans se forcer ensuite à une éructation factice, parfois mê-

me à un simple bruit glottique qu'il prend lui-même pour une éructation. Que l'on détourne l'attention d'un tel malade au moment où va survenir le tic, ou bien qu'on le persuade de n'avoir point à le faire, et il l'interrompra au moins temporairement. « On peut dire que le tic, écrit Dromard, s'impose en parasite dans une conscience qui reste intégrale en dehors de lui, tandis que la stéréotypie constitue toute l'activité d'une conscience restreinte et réduite à l'unité de représentation. »

Ce sont les *tics des idiots* qui, à première vue, sembleraient les plus voisins des stéréotypies. Et de fait, à part les commémoratifs qui révèlent dans la stéréotypie un automatisme secondaire, les deux phénomènes ont parfois même allure : balancements, sauts, promenades en rond, krouomanie, collectionnisme ; à ce point que Ricci a pu interpréter les stéréotypies, — et les tics avec elles, — comme étant des manifestations ataviques rappelant l'activité des sauvages ou des animaux. Mais, à un examen plus minutieux, on reconnaît d'abord que les stéréotypies véritables, même rudimentaires, conservent quelque chose d'une vie intellectuelle plus brillante : souvenirs professionnels, survivances d'idées délirantes. L'idiot, au contraire, n'est pas un déchu mais un infirme congénital ; son tic n'est pas dépourvu de toute émotivité, rudimentaire peut-être, mais réelle quand même, et qui témoigne que si le malade a de pauvres manifestations d'activité, elles sont moins le fait d'une

désagrégation mentale que d'une insuffisance primitive.

Ainsi, avec quelque pénétration psychologique, la stéréotypie sera distinguée des phénomènes analogues. Ajoutons que chez certains malades, les déments précoces en particulier, les stéréotypies et les tics peuvent coexister ; il peut être alors très difficile de faire à chacun sa juste part.

III. — INTERPRÉTATIONS PATHOGÉNIQUES DES STÉRÉOTYPIES. — On ne peut prétendre à apprécier l'importance d'un symptôme si l'on n'a précisé d'abord sa pathogénie ; et en psychiâtrie, n'est-ce pas toujours là que gît l'obscurité ? Dans le cas qui nous occupe, nombreuses ont été les théories pathogéniques. Plusieurs n'ont plus qu'un intérêt historique et c'est par leur exposé que nous commencerons. Au contraire, deux conceptions, récentes celles-là, sont prévalentes tant par les études approfondies qui les étayent, que par leurs conséquences diagnostiques et pronostiques : ce sont d'une part celle de Cahen, exposée en 1901 sous l'autorité de Séglas, et soutenue depuis par les arguments de Bessière puis d'Antheaume et Mignot ; — d'autre part celle de Dromard, exposée en 1904 et 1905 dans plusieurs articles d'une pénétration psychologique remarquable.

1° Les premières théories. — On a donné de la stéréotypie des interprétations très diverses. C'est

d'abord l'*atavisme* qu'invoquent Ricci et Mondio : ils départissent mal le tic de la stéréotypie, et ils retrouvent ici et là des répétitions de gestes ou d'attitudes, tels que le dandinement, dont la fréquence est très grande chez les peuplades primitives et chez les animaux. Mais les phénomènes d'atavisme ne sont-ils pas eux-mêmes trop imprécis pour expliquer un mécanisme déjà obscur ? Quant à dire avec Mondio que la stéréotypie est due à une *disposition congénitalement faible du cerveau*, c'est encore se retrancher derrière une formule vide de faits.

On peut grouper en trois classes les théories pathogéniques émises à propos des stéréotypies :

a) Pour Meyer, Ziehen, Serbsky, les attitudes et les mouvements stéréotypés sont des *extériorisations d'idées délirantes*, ou bien des *réactions actives engendrées par des perceptions hallucinatoires*. Donc manifestations conscientes, volontaires, qui sont en rapport avec la formule d'un délire.

b) La théorie de l'*automatisme pur* a été soutenue par Roller, Neisser, Binder, Lehman, Frensberg, pour qui les stéréotypies relèveraient d'un trouble primitif des centres du mouvement. Binder, il est vrai, pense que les stéréotypies sont parfois aussi des *actes réflexes*. Mais si l'on s'en tient à une définition précise du réflexe, — qui est l'acte répondant à l'excitation périphérique d'un nerf sensible, — on voit que les stéréotypies, presque toujours d'origine centrale, ne peuvent entrer dans ce

cadre. Et si l'on admet avec Brugia et Marzocchi que les stéréotypies sont provoquées non plus par voie réflexe, mais par des excitations d'origine interne portant sur les centres nerveux, peut-on, dans ce cas, considérer cette hypothèse comme une explication pathogénique ?

c) Enfin, troisième interprétation, — celle de Sommer, de Snell, de Regnar Vogt, qui voient dans la stéréotypie l'expression d'un *automatisme secondaire ;* ces mouvements, après avoir été conscients, deviennent d'autant plus automatiques qu'ils se répètent plus fréquemment, et tendent à se fixer d'autant plus que le déficit intellectuel du malade est plus grand. La théorie de Cahen s'apparente à celle-là.

2° La théorie de Cahen. — On peut résumer l'opinion de Cahen en disant que la stéréotypie, selon lui, n'est que l'*extériorisation d'une idée délirante systématisée.* Ne dit-il, pas, en effet, que « la forme typique des stéréotypies se trouve dans les délires systématiques ? » Il fonde cette opinion sur ce fait que presque toutes les manifestations stéréotypées s'expliquent à l'origine par le délire même du malade. Tel, par exemple, qui fait des contorsions continuelles, les justifie par les décharges électriques qu'on lui envoie. Tel autre prétend exécuter ses mouvements stéréotypés sur l'ordre de sorciers qui l'influencent de loin.

Ce sont des constatations identiques que fait Ch. Bessière, et il écrit : « Si bizarre que paraissent les actes de ces malades, ils ont à leur origine un but, une signification pour ceux qui les exécutent. A la longue la pensée directrice faiblit et ces mêmes mouvements deviennent des habitudes invétérées, indépendantes de la volonté, soumises uniquement à une routine machinale. »

Cahen remarque que la couleur des délires n'est pas indifférente à la genèse des stéréotypies. « Toutes les idées délirantes, écrit-il, peuvent occasionner des stéréotypies. Isolément, prises à elles seules, les idées de persécution, hypochondriaques et mystiques en sont assez rarement la raison. Les idées de grandeur et surtout les idées de défense sont au contraire les deux grandes causes. Mais les idées de grandeur, de défense, de persécution ont chez les systématiques des liens étroits. Aussi peuvent-elles s'adjoindre les unes aux autres pour provoquer une ou plusieurs stéréotypies. » L'explication de ce pouvoir électif qu'ont les idées de grandeur et de défense à faire naître les stéréotypies, tient sans doute à ce fait que les autres idées délirantes se voient au début des délires systématisés, et celles-ci au contraire, « quand la volonté et la conscience commencent à disparaître. »

Quelle est l'évolution d'une stéréotypie ainsi née d'une idée délirante ? Par quelles phases d'évolutions successives la manifestation consciente de cette idée se change-t-elle en un fait d'automatisme

secondaire, à proprement parler ? Cahen résume cette évolution en disant que « *les stéréotypies évoluent parallèlement au délire.* » Après la phase de début durant laquelle le malade agit en raison de son idée prévalente, peu à peu survient une période où le délire lui-même se systématise. « C'est la période, dit cet autur, où les stéréotypies se montrent dans toute leur ampleur, où elles sont le plus facile à étudier et à expliquer. Leurs traits sont bien accentués, leur répétition fréquente et le malade a encore une conscience suffisante pour expliquer la finalité de ses actes. » Puis survient une période que Cahen appelle la « phase de délire stéréotypé. » C'est le moment où l'affaiblissement intellectuel du sujet est porté à son comble. Son idée délirante elle-même perd toute netteté, toute apparence de systématisation logique. Seules persistent les stéréotypies nées du délire et qui lui survivent, stéréotypies d'ailleurs inexpliquées par le malade lui-même, et souvent écourtées, simplifiées, — le geste complexe brûlant les étapes intermédiaires pour aller à l'essentiel, et l'ébauchant seulement. Un malade, observé par Cahen dans le service de Séglas, avait commencé par se livrer à des gestes divers, dans la cours de l'asile, les jours où le soleil brillait : il faisait tourner ses mains d'une certaine manière ; il fixait le soleil. Interrogé, il répondit : « Je fais tourner le soleil. » Il continua longtemps de la sorte en fournissant toujours la même explication. Puis peu à peu il s'affaiblit. Il continua bien de regarder le

soleil, faisant tourner ses mains, mais l'explication fut impossible à obtenir. « En résumé, dit Cahen, quand le délire est systématisé, les actes sont volontaires et conscients, systématisés eux aussi, mais se répétant sous la même forme, c'est-à-dire déjà fixes, stéréotypés. Quand le délire s'est stéréotypé, les actes conservent d'autant plus le même caractère ; mais ils s'accomplissent par une sorte d'habitude involontaire, sans même attirer l'attention du sujet, ils sont en un mot devenus automatiques et subconscients. » Mais cette évolution a été forcément assez lente, aussi lente que celle du délire lui-même, et c'est donc à la période d'affaiblissement intellectuel confirmé que sont notées les stéréotypies véritablement automatiques.

Cahen n'est pas seul à penser qu'il existe chez les vieux délirants des stéréotypies qui ont toutes les apparences de l'automatisme, mais qui répondent à un contenu idéo-affectif actuel. Nous ne reproduirons pas l'observation de cet officier, ancien polytechnicien, à la stéréotypie graphique duquel Antheaume et Mignot ont consacré une minutieuse étude. Nous citerons seulement la conclusion de leur examen, qui renferme une explication pathogénique des stéréotypies chez les délirants : « L'état mental du capitaine X... est caractérisé à la fois par l'intégrité sinon complète, par rapport à ce qu'elles étaient autrefois, du moins relative des facultés intellectuelles et affectives et par l'adoption d'une série d'habitudes qui limitent le

nombre et la variété des manifestations extérieures de l'activité. Ces habitudes résultent d'un plan mystique de conduite, d'une discipline volontaire à laquelle se soumet le malade qui cherche dans ses actes comme dans ses propos à être rigoureusement conforme à la vérité... La stéréotypie graphique volontaire et consciente fait partie de cette sévère discipline. »

Si l'on considère que la stéréotypie est essentiellement, en dehors de toute théorie pathogénique, un fait de répétition, on est forcé d'admettre comme telle la répétition d'un même acte sous l'impulsion d'un délire. Car est-il toujours possible, par l'interrogatoire d'un aliéné, de savoir si l'on a devant soi un délirant qui extériorise son délire, ou non ? Le malade n'est-il pas souvent réticent ? Ou même indifférent aux questions du médecin ? Et dès lors ne prend-on pas facilement un délirant avéré pour un non délirant ? Ces remarques faites par Antheaume et Mignot sur la difficulté de l'interrogatoire psychiâtrique ont une grande importance, car nous allons voir que, contrairement à Cahen, Dromard écarte des stéréotypies véritables l'extériorisation systématique d'une idée délirante. Mais résumons en quelques phrases la conception de Cahen :

a) *Toutes les idées délirantes peuvent faire naître des stéréotypies.*

b) *Les stéréotypies évoluent parallèlement au délire.*

c) *Le phénomène, déjà digne du nom de stéréotypie alors qu'il est encore volontaire et conscient, est pleinement épanoui quand l'usure du délire le rend automatique et subconscient.*

3° La théorie de Dromard. — Dès le principe s'affirme l'opposition aux idées précédentes : Dromard, avant toutes choses, entend déterminer le sens du mot stéréotypie ; en fait il restreint ce sens, donc il le précise. Il fait remarquer d'abord que si ce mot s'applique tout directement à un mode d'activité dont le caractère essentiel est une grande monotonie, du moins convient-il de déterminer avec précision la sorte de monotonie qui, constatée, entraînera ce terme. Car s'il fallait ainsi qualifier tous les actes répétés auxquels se livrent les aliénés, le domaine de la stéréotypie deviendrait si vaste, et partant si confus, que tout intérêt séméiologique disparaîtrait du même coup. Il faut en particulier, d'après cet auteur, insister sur une série de faits qu'une observation superficielle pourrait faire confondre avec les stéréotypies véritables. Ce sont les actes répétés, les attitudes persistantes, les paroles sans cesse redites par lesquelles un malade traduit soit un délire nettement systématisé, soit même une hallucination aux retours fréquents. Il

faut exclure ces manifestations du cadre des stéréotypies.

Nous n'avons pas à apprécier ici si la répétition même d'un fait psychique quelconque, — idée délirante, hallucination, — n'a pas une valeur symptomatique qui l'apparente aux stéréotypies. Bornons-nous à constater que la stéréotypie étant par essence un trouble des réactions, on ne saurait la confondre avec un trouble mental qui porte primitivement sur les perceptions ou le jugement et d'où découle un trouble secondaire des actes. « Il serait aussi faux, dit Dromard, d'y voir une manifestation de la stéréotypie, qu'il serait déplacé de considérer comme un tic le reniflement répété d'un malade atteint de coryza. »

Voilà donc qui est précis, et qui écarte du cadre des stéréotypies tous les phénomènes qui en sont, pour Cahen, la plus complète expression.

Mais même ainsi délimitée, la stéréotypie relève-t-elle toujours d'un même processus pathogénique ? N'y a-t-il pas *des* stéréotypies, et cela abstraction faite des différences tout extérieures entre les stéréotypies d'attitude, de geste et de parole ? Dromard, qui a poussé fort loin l'analyse du symptôme pose ainsi le problème : « Le phénomène appartient-il au domaine de l'automatisme ? S'il appartient au domaine de l'automatisme, s'agit-il d'automatisme primitif, ou d'automatisme secondaire ? »

Mais ici, comme dans toutes les recherches psychiàtriques, la difficulté fut d'appliquer une mé-

thode assez sûre pour que les résultats fussent quelque peu précis. Fallait-il songer à une *méthode directe* et interroger les malades sur les motifs de leurs actes stéréotypés ? En fait, ce procédé fut toujours mauvais, car, même dans les périodes de rémission, ces malades sont presque toujours de grands affaiblis de l'intelligence ; et quand même ils donneraient une explication plausible, qu'il faudrait encore douter. Restait la *méthode indirecte* qui consistait, dit Dromard, « à comparer la formule stéréotypée avec le cadre des autres manifestations motrices, et à chercher si cette formule était en rapport avec un délire actuel, soit interprétatif, soit hallucinatoire, en se basant sur l'ensemble des réactions et sur l'habitus général du sujet. » Or, à part le cas des pseudo-stéréotypies que cet auteur écarte, les résultats de l'enquête furent toujours négatifs, et Dromard conclut ainsi : « Les stéréotypies vraies sont des manifestations motrices qui s'extériorisent *à vide*, si l'on peut dire, et demeurent sans substratum au moment de leur production. Non seulement l'acte stéréotypé ne trouve pas sa justification dans la réalité extérieure, mais il ne la trouve pas davantage dans l'esprit de l'individu : il est objectivement et subjectivement irrationnel au moment de son accomplissement. »

Voici donc affirmé très nettement l'automatisme des stéréotypies. Mais cet automatisme lui-même peut n'être pas toujours identique dans tous les cas, et si l'on en conçoit une sorte qui pousse le malade

spontanément à tel acte sans cesse répété, — et ce sera l'*automatisme primitif*, — on en conçoit un autre genre qui est le reliquat d'une activité consciente antérieure, mais éteinte au moment présent, — et ce sera l'*automatisme secondaire*.

Les premiers faits, — ceux qui relèvent d'un automatisme primitif, — peuvent être étudiés expérimentalement, et Dromard s'est efforcé de mettre en évidence cette altération inconnue de la cellule nerveuse qui se traduit, selon son expression, par « un défaut de plasticité physiologique, » par une « tendance remarquable à conserver, d'une manière indéfinie, les impressions reçues. » Dans une première série d'expériences, il place les malades les bras en croix, puis il leur commande de les laisser retomber le long du corps : il constate alors soit une persistance de l'attitude imposée, soit une grande lenteur à laisser choir les bras. Et voilà pour la stéréotypie des attitudes, Quant à celle des mouvements, Dromard imprime au bras du malade une série d'oscillations qui, interrompues, sont continuées par le malade lui-même.

Les malades ainsi étudiés par Dromard présentent surtout des stéréotypies akinétiques. Ce sont eux qui s'immobilisent dans une attitude toujours la même, debout, tête baissée, ou bien les bras croisés et adossés dans l'angle d'une pièce. Ces malades aux stéréotypies primitives sont ceux aussi qui répètent indéfiniment le même geste simple, un balancement du tronc ou une course restreinte dans la

cour d'un quartier. Leur stéréotypie n'est jamais d'allure élevée, et surtout l'on n'y trouve jamais, même à l'état résiduel, un contenu idéo-affectif, si petit soit-il.

Restent les faits d'automatisme secondaire. « Les attitudes et les mouvements qui s'y rapportent, dit Dromard, ont été primitivement engendrés par une idée, mais cette idée a disparu petit à petit, tandis que l'acte adéquat s'est continué à la façon d'une habitude acquise. Cet acte, qui traduisait naguère des états psychiques, se reproduit aujourd'hui sans raison et sans but ; mais par un examen rétrospectif on peut découvrir comme point de départ de cet acte inexplicable dans le présent, un passé idéo-affectif qui lui tient lieu d'origine. »

Rappelons que pour Dromard, la stéréotypie ne mérite vraiment ce nom que si elle se manifeste *en l'absence de tout contenu idéo-affectif actuel*. On peut donc dire que ses stéréotypies secondaires, lorsqu'elles naissent d'une ancienne idée délirante, ont d'abord commencé par être des pseudo-stéréotypies à contenu idéo-affectif.

Et dès lors il convient de rechercher quels sont les faits psychiques capables d'avoir un tel retentissement dans la vie réactionnelle de ces malades. Dromard en reconnaît de trois sortes. Ce sont d'abord ceux qui « ont été fortement imprimés dans la mémoire par un état émotionnel, » et en première ligne les idées délirantes. Il n'est pas rare de voir un délire actif se survivre à lui-même, pour ainsi dire,

et laisser comme séquelles des stéréotypies de gestes ou de paroles, complètement dépourvues de toute valeur affective. Nous avons déjà parlé de cette malade qui, au début de son délire, ébauchait sans cesse un geste de défense, étendant le bras, retirant le corps en arrière; et qui, plus tard, garda la stéréotypie bien longtemps après que tout contenu idéationnel en avait disparu. Second groupe de faits capables de dégénérer en stéréotypies : ceux qui se fixent « par l'apparition répétée des images dans le champ de la conscience, » même s'ils ébranlent peu l'individu, comme font les actes professionnels.

Ce sera, par exemple, un comptable qui ébauchera sans cesse le geste de vérifier un livre de comptes ; assis à une table, devant des papiers quelconques, il simulera le geste du payeur qui écrit la somme perçue et rend la monnaie ; ces gestes, peu à peu, se réduisent à n'être plus qu'une vague ébauche de leur forme primitive.

Il convient enfin de réunir en un troisième groupe tous les faits dont le retentissement dans la conscience du malade ne s'explique ni par leur nature, ni par leur fréquence, — tous ceux qui, survenus fortuitement, ont fait souche de stéréotypie sans qu'aucune justification s'en puisse établir. Ce sont ordinairement des stéréotypies d'un ordre peu complexe, un geste, une attitude telle que la position de la marche avec arrêt au premier temps du pas. Par quel mécanisme un fait de si minime importance s'est-il implanté chez le malade au point de

constituer une stéréotypie véritable ? Il ne faut pas oublier qu'une vie mentale, même infiniment réduite, comporte toujours un certain nombre d'actes banaux qui pour un « pauvre d'idées » peuvent être quand même des choses de prix. Que le malade, fortuitement ou sous l'impulsion d'autrui, fasse un geste inhabituel, et très naturellement il aura tendance à le répéter. N'est-ce pas ce que nous voyons se réaliser chez l'enfant d'une manière courante ? Genil-Perrin cite le cas d'un malade stéréotypé qui tous les jours, en sortant de table, se frictionnait la nuque avec sa serviette ; or, il eut l'occasion de constater chez un enfant parfaitement normal, et pendant longtemps, la même habitude quasi stéréotypée. Donc, le plus petit fait nouveau frappant les sens du malade, sens musculaire ou tout autre, peuvent être le point de départ d'une stéréotypie. Et ne faut-il pas insister tout spécialement sur le rôle de l'*imitation* dans la genèse de beaucoup de stéréotypies. Genil-Perrin parle « d'un dément précoce d'une vingtaine d'années, qui passait sa journée sans rien faire... Dans son pavillon se trouvait un vieux mélancolique qui, à la faveur d'une idée d'indignité, sous prétexte que les sièges étaient trop bons pour lui et que le carrelage du couloir était bien suffisant pour un homme condamné à mourir prochainement, passait ses journées couché sur le sol. Notre dément précoce avait pris l'habitude d'aller se coucher à côté du vieux mélancolique, dans la même position, et pendant un certain temps il passa une

bonne partie de ses journées de la sorte. » Peut-être aurait-on intérêt à rapprocher ces stéréotypies nées fortuitement de celles pour qui Dromard invoque un automatisme primitif, puisqu'aussi bien, il faut toujours à la genèse de celles-là un événement générateur, mais très petit.

On peut donc résumer ainsi la théorie Dromard

a) *Les pseudo-stéréotypies des délirants doivent être distinguées des stéréotypies véritables qui ne répondent plus à aucun contenu idéo-affectif actuel.*

b) *Ces stéréotypies véritables doivent être divisées en deux classes : celles qui sont fonction d'un automatisme primitif, et celles qui sont fonction d'un automatisme secondaire.*

De ces théories, si opposées l'une de l'autre, de Dromard et de Cahen, que tirerons-nous ? En accepterons-nous une, intégralement, pour rejeter l'autre ? Admettrons-nous au contraire que ces controverses n'ont fait que mieux mettre en lumière la diversité des stéréotypies, et que les deux auteurs ont peut-être examiné les variantes d'un même phénomène ?

Nous admettrons, avec Antheaume et Mignot, que les pseudo-stéréotypies doivent revenir dans le groupe commun. Sans doute leur apparition relève d'un autre mécanisme que celui qui les fait naître chez les déments avérés, mais s'il fallait un mot nouveau pour cette variante, ne conviendrait-il pas

de créer aussi une pseudo-amnésie, ou un pseudo-négativisme, ou une pseudo-verbigération, lorsque ces phénomènes se trouvent chez des aliénés non encore déments ? Si, sans quitter le terrain de la clinique, nous voulons simplement utiliser les données pathogéniques à l'appréciation du symptôme, nous nous bornerons à reconaître trois classes de stéréotypies dont nous aurons à préciser, pour chacune, la valeur séméiologique :

a) *Les stéréotypies primitivement automatiques de* Dromard.

b) *Les stéréotypies secondairement automatiques du même auteur.*

c) *Les stéréotypies des délirants (pseudo-stéréotypies de* Dromard*) qui se distinguent des précédentes par un contenu idéo-affectif actuel et par la lente réalisation de la déchéance intellectuelle concomitante.*

IV. VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES STÉRÉOTYPIES. — Maintenant que voici précisés des groupes secondaires dans la grande famille des stéréotypies, il faut examiner si le délabrement psychologique qu'elles révèlent est toujours identique à lui-même. Et cette appréciation du fond mental, nous la ferons d'abord en dehors de tout cadre nosologique. C'est seulement après avoir serré les faits du plus près

possible, et toute vue théorique mise à part, que nous préciserons quels sont les diagnostics nosologiques qu'entraînent le plus fréquemment les stéréotypies. Nous terminerons enfin par un examen de la valeur pronostique du symptôme.

1° Appréciation du fond mental par l'examen des stéréotypies. — Il est de règle à peu près constante que les stéréotypies, — troubles profonds des réactions, — s'accompagnent d'un déficit intellectuel considérable. L'attention, la mémoire, l'association des idées sont troublées, mais à des degrés très divers, et Bessière cite le cas d'une malade qui, bien que présentant des stéréotypies verbales très accusées, était cependant d'esprit assez alerte pour soutenir une conversation et pour en imposer à des magistrats venus l'interroger. Ceci, à vrai dire, est l'exception, et l'on doit reconnaître que la stéréotypie est un symptôme démentiel rarement isolé. Mais est-il d'une importance telle que, sitôt noté, il doive entraîner une appréciation du malade que son absence eût écartée ? Voici, suppose Bessière, un malade dans un état confusionnel et dont un premier examen permet d'explorer le fond mental ; on note la perturbation de son attention, de sa mémoire, de son jugement. Tout ceci est affaire d'interrogatoire et ne peut guère renseigner que sur le bilan immédiat, sans que l'on soit en droit de porter le pronostic sévère qui frappe le dément, ou au contraire l'autre pronostic, plus doux, qui vise le simple confu-

sionnel. Bessière insiste sur la grande valeur d'un examen en quelque sorte objectif, sur l'importance qu'il y a à noter les gestes habituels, les paroles répétées, les attitudes, et sur les conclusions graves qu'il faut tirer de ces constatations : « Ce double contrôle (de l'interrogatoire et de l'examen objectif) permettra, à la suite d'un certain temps d'observation, de ranger parmi les déments tous les aliénés qui, soit dans l'expression de leur pensée, soit dans leur mimique, se montrent essentiellement des routiniers, des automatiques, ayant ce caractère commun : l'adoption et la répétition indéfinie de la même phrase, du même geste, du même mouvement. »

Mais il est un élément de la stéréotypie sur l'importance duquel on ne saurait trop insister, d'après Bessière, c'est *la chronocité du symptôme*. Sans doute on peut relever des phénomènes de stéréotypie chez des malades dont la tare mentale est essentiellement passagère. Le début d'un délire épileptique, la folie maniaque-dépressive sont fertiles en stéréotypies. Mais Bessière insiste fortement sur la distinction nécessaire : « Si les phénomènes automatiques *passagers* s'observent dans un certain nombre d'affections mentales, ces mêmes phénomènes, quand ils sont *continus, indéfiniment répétés*, sont caractéristique des états démentiels de toute nature. » La chronicité du symptôme est donc, pour cet auteur, la manifestation d'une valeur intellectuelle diminuée ; que le phénomène soit récent, qu'il n'ait pas subi la réduction contu-

mière des représentations mentales, et l'on ne sera point en droit de conclure fermement à une déchéance grave.

Pour Dromard la chronicité du symptôme n'est pas seule significative, et sa nature même est à considérer. Ses stéréotypies automatiques primitives révèlent bien une tendance anormale à persister dans les mêmes représentations motrices, mais le fond mental, s'il est gêné par ce trouble du débit, n'est pas nécessairement altéré.

Au contraire, les stéréotypies secondaires sont des phénomènes lentement élaborés et qui témoignent d'une sorte de sclérose des représentaitons motrices. Leur valeur, quant à l'appréciation de la déchéance intellectuelle, est donc tout à fait comparable à celle que Cahen accorde aux stéréotypies des délirants chroniques à la période d'affaiblissement.

Mais il convient d'apprécier le fond mental avec un peu plus de précision qu'on ne le fait par ce simple mot affaiblissement intellectuel. Dromard fait remarquer en effet que « l'affaiblissement intellectuel dont témoigne la stéréotypie n'est pas quelconque. » Si l'on admet, du moins pour cette stéréotypie qu'il appelle secondaire, la définition qui en fait une « représentation motrice privée de toute adaptation, représentation qui tend à se fixer indéfiniment et à s'extérioriser fatalement, » on met en évidence trois caractères essentiels de la stéréotypie, — inadaptation, fixation indéfinie, extériorisation

fatale, — qui marquent au mieux « la dissociation et l'indépendance réciproques des éléments de l'esprit. » La stéréotypie secondaire naît de cette dissociation : il est donc juste de dire que, constatée, elle révèle cette dissociation, mais il ne faut pas oublier que « la dissociation des éléments de la pensée n'implique pas forcément leur destruction. » Et de fait, beaucoup de malades stéréotypés chez qui l'on croirait la mémoire ou l'attention atteintes, sont simplement gênés par leurs stéréotypies. Cependant il faut reconnaître tout de suite que les éléments de la pensée ainsi dissociés ont une survie précaire, et il est certain, comme le dit Dromard, que bientôt le malade cesse d'être « un riche dont les capitaux sont immobilisés » et qu'il devient « un pauvre effectif ». Ainsi l'affaiblissement intellectuel du stéréotypé, après avoir été surtout une incapacité profonde des processus associatifs, devient un affaiblissement vrai.

Et Dromard fait remarquer que, par une sorte de choc en retour, c'est la stéréotypie elle-même qui, née de l'affaiblissement, aggrave les symptômes de cet affaiblissement. « Dans la médecine du corps, dit-il, lorsqu'un trouble fonctionnel donne naissance à des produits de déchet, on voit ces produits réagir à leur tour d'une façon néfaste sur l'économie par intoxication ou encombrement. Cet échange de mauvais procédés n'est pas plus rare dans la médecine de l'esprit, et l'on peut y voir un produit de déchet réagir sur l'économie mentale en portant obs-

tacle à son activité de diverses façons. S'il est vrai que l'affaiblissement intellectuel conditionne l'apparition et la persistance de la stéréotypie scondaire, l'activité stéréotypée réagit à son tour sur les différentes facultés, et contribue pour une bonne part à jeter le désarroi dans les processus mentaux en exagérant l'incohérence apparente de certains malades. »

C'est ainsi que secondairement sont atteints tous les éléments de l'activité mentale. L'attention est détournée par la survenance de l'acte stéréotypé, la mémoire est troublée dans ses trois temps classiques de fixation, de conservation et de rappel, — mais cela pour les acquisitions nouvelles surtout, car très souvent les souvenirs anciens sont conservés. L'association des idées elle-même est quelquefois plus troublée en apparence qu'en réalité, car le malade à chaque instant rompt par une stéréotypie la trame de son raisonnement. Par contre, la stéréotypie est inaccessible aux altérations émotionnelles ; elle n'est précédée d'aucune angoisse, ni suivie d'aucun soulagement. Elle est indépendante également de la volonté. Elle est influencée enfin par la fatigue et par l'excitation, qui l'exagèrent. Sous l'influence de l'excitation, les centres fonctionnels sont, dit Dromard, comme « un instrument de musique qui, au lieu de donner des rondes ou des blanches sur une note, donne des croches ou des doubles-croches sur cette même note : le rythme change, mais la note reste. »

Lorsqu'il faudra donc apprécier l'état démentiel

d'un malade, la constatation de stéréotypies aura une grande valeur, mais il ne faudra pas oublier que le degré de cette démence est, à cause de ces influences en retour, parfois moins profond que les apparences peuvent le faire supposer. « L'influence de l'affaiblissement intellectuel sur la stéréotypie, dit Dromard, détient en effet toute la valeur du phénomène comme signe de démence, et l'influence inverse de la stéréotypie sur les manifestations apparentes de l'affaiblissement mérite d'être prise en considération, si l'on ne veut pas s'exagérer en présence d'un malade stéréotypé le degré réel de cette démence. »

Quant aux pseudo-stéréotypies de Dromard, ou stéréotypies des vieux délirants, elles seront considérées comme compatibles avec une intégrité relative des facultés intellectuelles, durant un temps fort long. Nous disons relative, car il est certain que, par sa présence même, la stéréotypie agit, pour ainsi dire, par sa masse sur les processus d'association. Dans le cas de stéréotypie graphique publié par Antheaume et Mignot, leur malade, éprouvé par des spécialistes sur ses connaissances techniques acquises antérieurement, fut trouvé fort peu déchu ; et à propos d'un cas analogue, Marchand écrit ceci : « Les stéréotypies graphiques sont pour nous un indice de chronicité de l'affection mentale, mais nullement la marque d'une démence commençante ou non... Notre cas, comme celui d'Antheaume et Mignot, montre combien de malades

chroniques considérés comme déments ne le sont pas. » Et l'on ne doit pas borner au cas de la seule stéréotypie graphique cette conception d'une intégrité intellectuelle relative coexistant avec la stéréotypie. Dupré et Charpentier n'ont-ils pas noté la stéréotypie chez un débile ambitieux ? Halberstadt, dans un cas de stupeur maniaque ? Et Boidard, le collectionnisme chez une délirante chronique non démente ?

Voici donc quelles appréciations les stéréotypies peuvent faire porter sur le fond mental :

a) Si les stéréotypies sont primitivement automatiques, elles peuvent coexister avec une intégrité assez grande du fond mental.

b) Si elles sont secondairement automatiques, ou si elles existent chez de très vieux délirants (chronicité caractéristique de Bessière*), elles sont au contraire la marque d'une déchéance profonde.*

c) Si la stéréotypie coexiste avec un délire actif, elle est compatible fort longtemps avec la conservation des facultés intellectuelles.

d) Le retentissement secondaire de la stéréotypie sur les diverses fonctions mentales peut en imposer pour un degré de déchéance plus complet qu'il ne l'est en réalité.

2° Diagnostics nosologiques qu'entrainent les stéréotypies — La stéréotypie, pas plus que tout autre symptôme, n'est suffisante à elle seule pour entraîner un diagnostic nosologique. Mais dans les divers syndrômes dont elle peut faire partie, sa place est plus ou moins prépondérante, et c'est cette seule prépondérance que nous voulons déterminer.

Selon la définition que l'on admet, selon surtout que l'on exclut ou non les pseudo-stéréotypies de Dromard, il est évident que le domaine nosologique du symptôme varie considérablement. Même après avoir écarté les pseudo-symptômes, Dromard écrit ceci : « La stéréotypie existe dans différents cadres nosographiques, à quelque degré, et à une période généralement avancée de l'évolution morbide. Mais il faut reconnaître que son caractère quasi spécifique de fréquence et de précocité rehausse singulièrement sa valeur et justifie l'intérêt de son étude dans la maladie de Kraepelin. »

En effet s'il est de toute évidence que la constatation des stéréotypies n'entraîne pas à elle seule le diagnostic de *démence précoce*, du moins est-il juste de reconnaître que presque toujours des symptômes concomitants viennent l'imposer. La stéréotypie est-elle primitive, selon la définition de Dromard ? On est presque toujours en présence de *catatoniques*, chez qui les troubles psycho-moteurs atteignent le maximum d'intensité. La stéréotypie secondaire inclinera le diagnostic vers les formes *hébéphréniques* et *paranoïques*. « Chez l'hébéphré-

nique, dit Dromard, l'affaiblissement intellectuel est dès le début plus fondamental, plus flagrant que chez le paranoïque, et c'est là un gage de fréquence pour la stéréotypie, mais par contre la mobilité extrême des conceptions délirantes constitue un élément défavorable à la fixation de telle ou telle formule d'extériorisation motrice. Le paranoïque, au contraire, conserve une activité relativement prolongée, ce qui est un facteur défavorable à l'éclosion de la stéréotypie. Mais si l'on considère que les stéréotypies ont très fréquemment leur origine dans une idée délirante ancienne, on conçoit que la condition la plus favorable à leur genèse en pareil cas, doit être la fixité de cette idée délirante elle-même. »

Et si l'affection, au lieu d'être récente est déjà ancienne, la stéréotypie sans entraîner à elle seule le diagnostic de démence précoce, inclinera vers lui, et surtout vers la forme paranoïque. Dans ce cas, en effet, les stéréotypies de la période finale sont fort nombreuses, plus nombreuses que celles de l'hébéphrénique, — déjà riche à ce point de vue, — et plus encore que celles des catatoniques, — qui à la période de déchéance perdent souvent la fixité de leurs attitudes et de leurs mouvement.

La stéréotypie peut s'associer intimement à d'autres symptômes mentaux et leur imprimer, par cette fusion, un caractère spécial. Dans ces cas-là, encore, le diagnostic de démence précoce est, sinon obligatoire, du moins fort probable. Qu'un malade soit en état d'excitation, mais que cette excitation,

au lieu d'avoir la richesse d'expression habituelle chez les agités maniaques, soit au contraire monotone dans ses manifestations ; qu'elle ait l'allure extrinsèque de la stéréotypie, — représentations motrices réduites, persitantes, fatalement répétées — ; qu'elle en ait aussi le caractère intrinsèque, c'est-à-dire l'absence de contenu idéo-affectif : il faut conclure à l'agitation chez un dément précoce, et non pas à une manie aiguë. « Le dément précoce agité, dit Dromard, se reconnaît à la monotonie et à la répétition des mêmes mouvements, effectués sans aucun rapport avec un substratum d'hyperactivité idéationnelle. »

En un mot, partout où la stéréotypie, s'amalgamant à un autre symptôme, donne à celui-ci un caractère spécial, il faut songer à la démence précoce : il en est ainsi pour les délires qui, très tôt stéréotypés chez les paranoïques, ne le sont que très tardivement chez les délirants ; ainsi pour les états démentiels dont le caractère primordial, chez le dément précoce, est la stéréotypie.

Mais si la stéréotypie entraîne ainsi le diagnostic de démence précoce, n'est-ce pas à cause de la définition restreinte qu'en a fixée Dromard ? En est-il de même lorsque, avec Cahen, nous donnons droit de cité aux actes qui sont l'expression toujours la même d'une idée délirante ? De fait cet auteur considère que l'on trouve des stéréotypies surtout chez les délirants systématiques, puis dans la démence précore, et chez les paralytiques généraux.

Et Cahen n'est pas le seul à noter la stéréotypie dans les états démentiels en général ; Ch. Bessière fait de même lorsqu'il la relève chez des déments séniles, et chez des déments épileptiques ; de même Dromard. Mais si tout le monde est d'accord pour noter ceci en passant il semble que tout le monde soit d'accord aussi pour ne pas insister sur ce point litigieux. On reconnaît la stéréotypie ailleurs que dans la démence précoce, mais on ne veut l'examiner que là. Et de fait nous n'avons trouvé nulle part des précisions sur les différentes allures que peut prendre la stéréotypie selon l'origine de l'état démentiel qu'elle traduit. Ne s'est-on pas laissé quelque peu fasciner par les divisions nosologiques et par le souci de découvrir enfin un symptôme pathognomonique de la démence précoce ?

On peut donc résumer ainsi les remarques relatives aux diagnostics nosologiques indiquées par les stéréotypies :

a) *Les stéréotypies n'entraînent jamais, à elles seules, un diagnostic ferme, mais elles doivent toujours faire penser à la démence précoce.*

b) *Si leur contenu idéo-affectif est encore vivace, et en rapport avec un délire sous-jacent, il faut penser à l'évolution lente vers la démence d'un délire systématisé.*

3° Valeur pronostique des stéréotypies. — Les précisions apportées dans la pathogénie des stéréo-

typies nous permettent d'apprécier leur valeur pronostique. Mais si d'une manière générale on peut dire que cet automatisme témoigne d'une déchéance profonde des facultés directrices, il ne faut pas pour cela se hâter de pronostiquer une déchéance définitive.

Parmi les stéréotypies qui n'ont pas de contenu idéo-affectif, il faut établir les deux groupes distincts de Dromard, groupes qui, selon cet auteur, ont une valeur pronostique très différente. Les premières sont celles qu'il appelle les *stéréotypies primitives*, c'est-à-dire les attitudes fixes et les mouvements répétés qui témoignent d'un engourdissement psychique. Celles-là sont d'un pronostic relativement bénin. « Elles ont, dit Dromard, un caractère de régressibilité qui témoigne d'une simple suspension psychomotrice. » Ce sont parfois des faits épisodiques nés d'un désordre mental passager. L'ensemble du syndrôme dont elles font partie est le plus souvent celui des catatoniques, et il n'est pas rare de voir ces malades s'immobiliser, pour ainsi dire, dans leur affaiblissement : ce qui pour un cas bénin, équivaut presque à la guérison. « Si, écrit Dromard, les attitudes fixes et les mouvements répétés s'accompagnent de phénomènes catatoniques intenses et font partie d'une épisode aigu, on ne peut conclure à aucun pronostic quant à l'évolution ultérieure, car il peut s'agir d'une suspension temporaire de l'activité psychique, et ce symptôme pourra rétrocéder avec ceux qui lui font escorte. »

Au contraire, les *stéréotypies secondaires*, — c'est-à-dire les attitudes fixes et les mouvements répétés de la période résiduelle, — sont d'un pronostic beaucoup plus sombre ; mais, ici encore, il est nécessaire de ne pas porter le pronostic sur la seule constatation des stéréotypies, et les symptômes concomitants gardent une très grande importance. « Si, dit Dromard, la fixité d'attitude ou de mouvement s'installe progressivement, d'une façon torpide, et persiste alors qu'il n'existe ni agitation, ni stupeur, ni manifestations cataleptoïdes, on doit songer à une déchéance effective n'ayant aucune chance de régression, et qui devra s'accroître de jour en jour. »

Quant aux stéréotypies des délirants, elles sont, pour Antheaume et Mignot, comme pour Marchand, moins les signes d'un affaiblissement intellectuel dans le moment même où on les relève, que des signes avant-coureurs de cet affaiblissement. Elles sont, sur le fond délirant, encore conscientes : elles ont encore ce « contenu idéo-affectif actuel » que leur voit Dromard. Mais l'on peut admettre, comme disent Antheaume et Mignot que « le déficit de la conscience et de la volonté dans l'acte stéréotypé est au prorata du même déficit dans toutes les réactions du malade » ; et l'on doit savoir « que l'habitude morbide observée est le signe d'une démence en voie d'évolution et qu'elle est la preuve que l'intelligence restreint son activité puisqu'elle l'exerce d'une manière uniforme. »

Il y a enfin des cas qui, pour être assez rares, n'en ont pas moins un grand intérêt. Il existe des malades ayant présenté des stéréotypies fort nettes, et dont l'affection régresse au point qu'ils deviennent sinon des individus sains comme avant toute atteinte, du moins de véritables convalescents. Or, chez ceux-là, — des déments précoces, — la stéréotypie persiste même dans la phase améliorée. Ce n'est plus la formule motrice prévalente qui, automatiquement reproduite, constitue toute l'activité du sujet ; mais c'est une tendance fort marquée à la répétition de petits actes comme des ouvrages domestiques, des tâches manuelles simples. Autant le sujet aborde péniblement des champs d'activité nouveaux, autant il se cantonne facilement dans des besognes qu'il exécute, une fois apprises, d'une façon stéréotypée. « On peut se demander, dit Dromard, s'il ne serait pas possible de tenter une rééducation ayant pour effet de lutter contre cette tendance à la stéréotypie, par un exercice journalier de l'activité associative et du pouvoir inhibiteur. Les cliniciens n'ont pas eu la patience d'en vérifier les effets sur de semblables malades. »

Ainsi, le pronostic qu'entraînent les stéréotypies varie grandement selon leur nature :

a) *Les stéréotypies primitives sont d'un pronostic relativement favorable, car leur régression est possible. Mais l'affection curable qu'elles caractérisent n'est guère capable, en réalité, que de rémissions,*

de sorte que même quand on le dit guéri, le malade garde une tendance anormale à figer son activité dans des modalités immuables.

b) *Les stéréotypies secondaires entraînent fatalement le pronostic d'affaiblissement intellectuel chronique. Il faut toutefois remarquer qu'à la période ou l'on relève ces stéréotypies, les symptômes concomitants d'affaiblissement sont tels que la stéréotypie vient seulement renforcer le pronostic sans l'entraîner à elle seule.*

c) *Les stéréotypies des délirants sont, elles aussi, d'un pronostic fatal, mais à échéance beaucoup plus lointaine.*

Maintenant que nous avons exposé les théories pathogéniques des stéréotypies et les conséquences de ces théories dans l'appréciation du symptôme, nous devons résumer ce travail en quelques propositions claires.

Conclusions

D'une manière générale, la STÉRÉOTYPIE, qui est l'expression d'une activité mentale restreinte, MESURE ASSEZ EXACTEMENT L'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL. Mais il existe trois sortes de stéréotypies qui ont une valeur diagnostique et pronostique très différente.

1° LES STÉRÉOTYPIES QUI SONT L'EXTÉRIORISATION D'UN DÉLIRE (pseudo-stéréotypies de DROMARD et stéréotypies véritables de CAHEN). Elles sont caractérisées par un contenu idéo-affectif encore intact et par la reproduction d'actes habituellement d'un ordre assez élevé. On établira leur réalité par la constatation d'un délire sous-jacent, plus ou moins actif, et qui, à l'origine, justifiait l'acte stéréotypé. Une certaine intégrité des facultés intellectuelles est compatible avec leur existence. Leur pronostic est celui du délire lui-même : évolution chronique et très lente ; déchéance intellectuelle très tardive.

2° Les stéréotypies primitives de Dromard. Elles n'ont eu aucun contenu idéo-affectif dans le passé, et elles n'en ont aucun dans le présent. Elles révèlent une tendance anormale de l'esprit à fixer son activité en des termes immuables, mais le fond intellectuel est peu affaibli ; les fonctions sont surtout gênées mécaniquement par le symptôme, Les régressions sont fréquentes : donc le pronostic est relativement favorable.

3° Les stéréotypies secondaires de Dromard. Leur caractère essentiel est d'être dépourvues de tout contenu idéo-affectif actuel, mais d'avoir été conscientes et volontaires à leur origine. Leur absence de tout contenu, leur absence d'émotivité, leur simplification progressive révèlent une dissociation mentale profonde qui aboutit rapidement à la déchéance. Leur pronostic est donc très sombre.

Ces deux dernières variétés, sans être pathognomoniques de la démence précoce, puisqu'on peut les retrouver dans toutes les démences, doivent pourtant incliner la pensée vers ce diagnostic.

Mais après avoir précisé avec les différents auteurs les caractères spécifiques de chaque stéréotypie, ne convient-il pas d'apprécier à leur juste valeur ces cloisons étanches ainsi dressées entre des phénomènes, en somme, très voisins ? Si une analyse subtile est nécessaire, une vue synthétique ne l'est pas moins, et serait-ce en faire une déplacée que de grouper toutes les stéréotypies, ainsi que les

pseudo-symptômes, et même les faits de répétition relevés chez les gens normaux, — que de grouper tous ces phénomènes en une véritable échelle graduée ? A la base, comme fait normal, serait l'habitude de l'individu normal, habitude plus ou moins automatique, mais modifiable ; puis viendrait la stéréotypie du délirant, dont le contenu idéo-affectif est encore réel ; puis, par toutes les nuances, on passerait à celle de l'affaibli, celle-là vide de tout. Et du même coup la stéréotypie serait mise à sa vraie place, en tant que symptôme révélateur de l'état du fond mental ; elle serait, à tous les degrés, ce qu'est ce fond lui-même, donc elle serait *un des moyens* de l'apprécier, mais seulement *un moyen parmi d'autres*, et certes, incapable à elle seule d'entraîner une appréciation sévère ou bénigne.

Vu le Doyen,

LANDOUZY,

Vu le Président,

GILBERT-BALLET

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD.

Bibliographie

Auteurs Français

J.-P. Falret. — Leçons cliniques de médecine mentale, 1re partie, Ballières, Paris, 1854, p. 93.

Cahen. — Contribution à l'étude des stéréotypies. Arch. de neurologie, 1901, p. 476.

J. Brissaud et H. Meige. — Tics, stéréotypies, aérophagie, catatonisme. Revue neurologique, 1903.

Dromard. — Etude psychologique sur la stéréotypie. Revue de psychiâtrie, 1904.

Dromard. — Sur la genèse de la formule motrice dans la stéréotypie. Bulletin de l'institut général psychologique, Paris 1904, 473-487.

Dromard. — De la stéréotypie dans ses rapports avec l'activité mentale. Bulletin de l'institut psychologique, 1904.

Dromard. — Psychologie comparée de quelques manifestations motrices communément désignées sous le nom de tics. Journal de psychologie normale et pathologique, 1905, n° 1.

Dromard. — Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces. Arch. de neurologie, mars 1905.

A. Antheaume et R. Mignot. — Remarques sur la stéréotypie graphique. Encéphale, Paris 1906, p. 333-358.

E. Dupré et R. Charpentier. — Récidive médico-légale stéréotypée chez un débile ambitieux. Journal de médecine légale psychiâtrique. Paris, 1906, p. 247-257.

Marchand. — Stéréotypie graphique chez un dément précoce. Journal de neurologie de Bruxelles, 1906.

Bessière. — Les stéréotypies démentielles. Annales médico-psychologiques. Paris 1906, p. 206-213.

H. Damaye. — Quelques formes de la stéréotypie. Revue de psychiâtrie. Paris 1907, XI, p. 62-71.

G. Halberstadt. — Stéréotypie dans un cas de stupeur maniaque. Encéphale. Paris, 1910, p. 672-676.

Boidard. — Stéréotypie collectionnisme chez une délirante chronique non démente. Revue de psychiâtrie. Paris, 1911, XV, p. 110-116.

Auteurs Etrangers

Binder. — Ueber motorische Storurgen stereotypen Charakters bei geiteskranken mit besonderer Berücksichtigung der katatonie. Leçon du 19 février 1886. Arch. für Psychiatrie und Nervenkrank heiten, T. XX. Berlin 1889, p. 628-644.

R. Brugia et S. Marzocchi. — Dei movimenti sistematizzati in alcune forme di indebolimento mentale. Archivio italiano per le malatie nervose e più particolamente per le Alienazioni mentale. (Organe de la société de psychiâtrie italienne). Milan, septembre 1887, Fasc. V Anno XXIV.

C. Ricci. — Le stereotypie nelle demenze e specialmente nelle demenze consécutive. (Rivista sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazioni mentale 1899, vol. XXV, Fasc. I et II).

WERNICKE. — Die paranoischen Zustdende. Leipzig 1896. IIe partie.

MEYER. — Beitrag zur Kenntniss der akutenstandenen Psychosen (arch. für Psych. 1899).

MONDIO. — Hérédité et dégénérescence dans le développement de la démence consécutive et dans celui des stéréotypies que l'on y rencontre. (Rivista mentale di neuropatologia et psychiatria. Rome, 1900 N° 4 et 5).

ZIEHEN. — Psychiâtrie, 1902.

REGNAR VOGT. — Zur Psychologie den Katatonischen Symptome (Centralblatt für Nerv. und Psych. N° 150, juillet 1902).

SERBSKY. — De la démence précoce (Annales médico-psychologiques, 1904).

LEHMAN. — Zur Pathologie des Katatonen Symptome (All. Zeit. für Psych., B. 55, p. 283).

FRENSBERG. — Ueber motorische symptome, bei einfachen Psychosen (Archiv. für Psych. XIV, 757).

K. PFERSDORFF. — Ueber Stereotypieen in manische, depressiven Irresein. Centralblatt für Nervenh. und Psychiat. Berlin, und Leipzig 1906, XXIX, 745-764.

D. VIANNA filho. — Contribuiçao ao estudo das estereotypias. Arch. brasil. de psychiata. Rio-de-Janeiro 1906, II, 30-40.

FRATINI. — Stereotipie e fenomeni di automatismo Riv. sper. di freniat. Reggio-Emilia, 1907, XXXIII, 104-149.

W. PLASKUDA. — Ueber Stereotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idioten. Zetschr. f. d. ges. Neur. und Psychiat. Berlin, und Leipzig, 1910--11, IV, 399-416.